



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.288–089.844

РЕКОНСТРУКЦИЯ НАРУЖНОГО УХА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕЛАМИНИРОВАННОГО ЛУЧЕВОГО ЛОСКУТА В СОЧЕТАНИИ С ТКАНЕВОЙ ЭКСПРЕССИЕЙ

С. П. Галич, А. Ю. Дабижа, А. В. Резников, О. А. Гиндич, Я. П. Огородник,
Д. В. Боровик, И. В. Дроботун

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

THE EXTERNAL EAR RECONSTRUCTION, USING PRELAMINATED FLAP IN COMBINATION WITH THE TISSUE EXPRESSION

S. P. Galich, A. Yu. Dabizha, A. V. Reznikov, O. A. Gyndych, Ya. P. Ogorodnik,
D. V. Borovik, I. V. Drobotun

Восстановление ушной раковины, особенно при полном ее отсутствии — одна из наиболее сложных проблем пластической реконструктивной хирургии области головы и шеи. Это обусловлено анатомическими особенностями и сложным контуром наружного уха, его пространственной ориентацией и эстетическим восприятием.

При отсутствии ушной раковины у пациентов, особенно молодого возраста, возникает стойкий психологический дискомфорт, снижается уровень их социальной адаптации.

Использование классических методов реконструкции уха с применением каркаса из реберного хряща (по B. Brent, S. Nagata) позволяет достичь удовлетворительного эстетического результата [1, 2]. Однако необходимо адекватное покрытие этого каркаса полноценными местными тканями, поэтому метод хорошо зарекомендовал себя при лечении врожденных аномалий развития уха. При обширной рубцовой трансформации тканей, окружающих ушную раковину, вследствие травмы или ожога использование классических методов не представляется возможным.

В таких клинических ситуациях в настоящее время применяют более сложные методы реконструкции: транспозицию преламинированного кожно-мышечного лоскута платизмы; свободную микрохирургическую пересадку лучевого лоскута, лоскута контралатеральной височной фасции (с тканевой экстензией или без таковой), фасциальный латеральный лоскут плеча с одномоментной аутодермопластикой [3 — 7].

Одним из перспективных является метод микрохирургической пересадки лучевого лоскута предплечья, предварительно преламинированного реберным хрящом. Однако метод имеет существенный недостаток,

вследствие значительной толщины тканей лоскута контур каркаса из реберного хряща сглаживается, что не позволяет в большинстве наблюдений достичь хорошего эстетического результата операции. Для решения этой проблемы Y. Cheng Chiang [8] предложил процесс реконструкции разделить на несколько этапов. На I этапе под ткани лоскута устанавливают тканевой экспандер и осуществляют экстензию тканей, что позволяет уменьшить их толщину, сделать более пластичными. На II этапе в полость экспандера помещают каркас из реберного хряща, к которому тесно прилегают растянутые ткани лоскута, что обеспечивает хорошее контурирование всех элементов наружного уха.

На завершающем этапе выполняют свободную микрохирургическую пересадку сформированного сложного комплекса тканей.

Приводим клиническое наблюдение реконструкции наружного уха, выполненной нами с использованием метода Y. Cheng Chiang.

Пациент Ш., 22 лет, 07.11.11 госпитализирован в клинику по поводу восстановления правой ушной раковины. Травматическая ампутация уха произошла вследствие дорожно-транспортного происшествия 5 лет назад. При осмотре у пациента выявлено полное отсутствие ушной раковины, слуховой канал сохранен (рис. 1).

Учитывая наличие выраженных обширных рубцовых изменений окружающих ухо тканей, принято решение использовать для реконструкции метод свободной микрохирургической пересадки лучевого лоскута левого предплечья с предварительной преламинацией каркасом из реберного хряща. Хирургическое лечение планировали в три этапа: первым этапом — установить тканевой экспандер; вторым этапом — внедрить каркас реберного хряща в сформированную полость; третьим



Рис. 1. Отдаленные последствия полной травматической ампутации наружного уха. Рубцовая трансформация окружающих тканей.

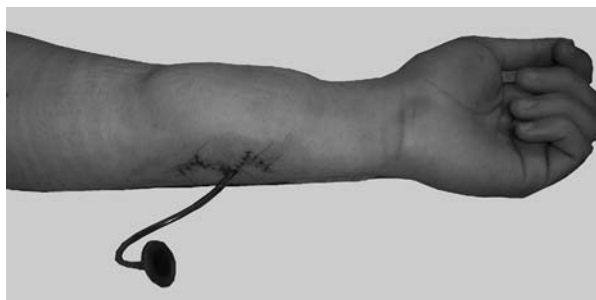


Рис. 2. Формирование полости для "каркаса" путем предварительной тканевой экстензии.

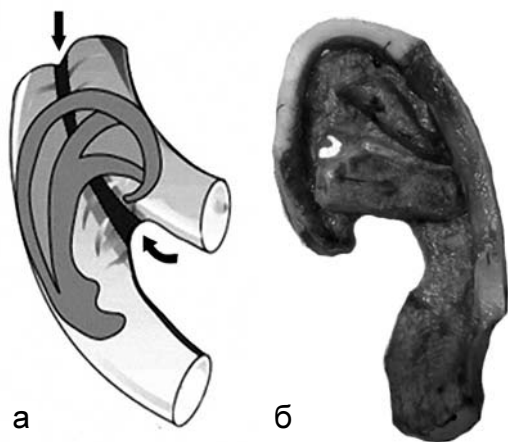


Рис. 3. Формирование "каркаса" уха из реберного хряща.
а – схема; б – заключительный этап операции.



Рис. 4. Имплантация реберного "каркаса" в полость экспандера.

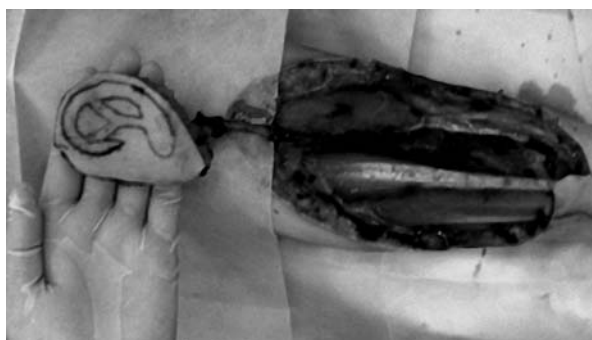


Рис. 5. Выделенный на питающей сосудистой "ножке" сформированный комплекс нового наружного уха перед микрохирургической пересадкой.

этапом — выполнить микрохирургическую пересадку преламинированного лучевого лоскута предплечья.

Для оценки возможности использования лучевого лоскута перед операцией проведены тест Аллена, ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных артерий предплечья, селективная ангиография в целях выявления септокутаных прободающих сосудов, входящих в область предполагаемой преламинации.

Первым этапом с использованием ульнарного доступа установлен прямоугольный тканевой экспандер объемом 120 мл в нижней трети левого предплечья. При формировании полости четко визуализированы прободающие сосуды, входящие в состав лоскута. В течение 3 мес осуществляли экспансию тканей до достижения объема 100 мл (рис. 2). Вторым этапом с применением косо—поперечного доступа выше края ребер-

ной дуги справа выделен хрящевой трансплантат VI — VII ребер, из которого сформирован каркас наружного уха соответственно размерам контралатерального (рис. 3).

При формировании каркаса использовали шаблон интактного уха, выкроенный из силиконовой пленки. Затем тканевой экспандер удален по старому послеоперационному рубцу, сформированный реберный каркас имплантирован в тканевую полость (рис. 4).

При этом неомочка уха располагалась в направлении к лучезапястному суставу. В полость установлен вакуум—дренаж.

Через 3 мес после имплантации реберного хрящевого каркаса прилежащая к нему кожа хорошо адаптировалась и сократилась, что позволило визуализировать все элементы ушной раковины. После мобилизации преламинированного лучевого лоскута (рис. 5) осуществлена свободная микрохирургическая пересадка сформированного сложного комплекса тканей в зону отсутствующего наружного уха.

Трансплантат фиксирован к остаткам хрящей и сосцевидной фасции. Микроанастомозы конец в конец накладывали между лучевой артерией лоскута и левой лицевой артерией. Питательная ножка лоскута помещена преаурикулярно без перекутов и перегибов. Донорская зона на предплечье первично закрыта искусственной кожей "Syspur — derm" с последующей аутодермопластикой. В раннем послеоперационном периоде нарушения артериального и венозного кровообращения в сформированном комплексе тканей не наблюдали. На 14—е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения.

Во время осмотра через 6 мес у пациента отмечено смещение мягких тканей сформированного уха на 1 см каудальнее по сравнению с интактной ушной раковиной. Выполнена корректирующая операция, предусмат-



Рис. 6. Результат операции через 6 мес.

ривающая мобилизацию ушной раковины и ее жесткую фиксацию к надкостнице сосцевидного отростка.

В отдаленном послеоперационном периоде пациент доволен результатом (рис. 6).

Таким образом, в сложных клинических ситуациях при полном отсутствии ушной раковины и обширных рубцовых изменениях окружающих тканей в качестве метода выбора целесообразно осуществление реконструкции по Y. Cheng Chiang.

ЛИТЕРАТУРА

1. Plastic Surgery; ed. P. C. Neligan. — London e. a.: Elsevier, 2012. — Vol. 6, Set, 3 rd ed. — 1136 p.
2. Francisco V. de M—F. Use of a platysma myocutaneous flap for the reimplantation of a severed ear: experience with five cases / V. de M—F. Francisco, C. M. M. Rui, P. K. Adilon // San Paulo Med. J. — 1999. — Vol. 117, N 5. — P. 218 — 223.
3. Brent B. Secondary ear reconstruction with cartilage grafts covered by axial, random and free flaps of temporoparietal fascia / B. Brent, H. S. Byrd // Plast. Reconstr. Surg. — 1983. — Vol. 72. — P. 141.
4. The lateral arm fascial free flap: Its anatomy and use in reconstruction / N. J. Yousif, R. Warren, H. S. Matloub [et al.] // Ibid. — 1990. — Vol. 86. — P. 1138.
5. Park C. An analysis of 123 temporoparietal fascial flaps: anatomic and clinical considerations in total auricular reconstruction / C. Park, D. H. Lew, W. M. Yoo // Ibid. — 1999. — Vol. 104. — P. 1295.
6. Park C. Use of an expanded temporoparietal fascial flap technique for total auricular reconstruction / C. Park, H. Mun // Ibid. — 2006. — Vol. 118, N 2. — P. 374 — 382.
7. Park C. Total ear reconstruction in the devascularized temporoparietal region. I. Use of the contralateral temporoparietal fascial free flap / C. Park, T. S. Roh // Ibid. — 2001. — Vol. 108. — P. 1145.
8. Yuan—Cheng Chiang Combined tissue expansion and prelamination of forearm flap in major ear reconstruction / Yuan—Cheng Chiang // Ibid. — 2006. — Vol. 117, N 4. — P. 1292 — 1295.

